

# 退 学 願

令和 年 月 日

札幌医学技術福祉歯科専門学校 校長 様

この度、下記の理由により退学したいので、許可願いたします。

学 籍 番 号		氏 名 (自 署)	
現 住 所	〒 ー TEL ( ) ー		
退学希望日	令和 年 月 日		
理 由	具体的に記載してください。なお、病気などの場合は診断書を添付してください。		

受付日